



STEUERN UND RECHT

Ärzte dürfen für Honorarrückforderungen der Krankenkassen Rückstellungen bilden

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat mit Urteil vom 5. November 2014 (VIII R 13/12) entschieden, dass Ärzte, die die vorgegebenen Richtgrößen für die Verschreibung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln um mehr als 25 % überschreiten, Rückstellungen für Honorarrückforderungen der Krankenkassen bilden dürfen.

Zwei Ärzte, die eine Gemeinschaftspraxis betrieben, hatten in ihrem Jahresabschluss Rückstellungen für (ungewisse) Honorarrückforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung gebildet, weil sie die Verschreibungsrichtgrößen pro Quartal um je 216 %, 198 %, 169 % und 195 % überschritten hatten. Das Finanzamt hatte diese Rückstellungen gewinnerhöhend aufgelöst, die dagegen erhobene Klage war erfolglos geblieben.

Der BFH gab den Ärzten dem Grunde nach Recht. Nach dem Sozialgesetzbuch sei bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens für Verschreibungen um mehr als 25 % nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss eine Rückforderung in Höhe des Mehraufwandes der Krankenkasse gesetzlich vorgegeben. Dieses Überschreiten der Richtgrößen habe die Wirkung eines Anscheinsbeweises für die Unwirtschaftlichkeit der Verordnungsweise, gegenüber dem sich die Ärzte hätten entlasten müssen. Dies genüge angesichts des eingeleiteten Prüfverfahrens, um eine Rückzahlungsverpflichtung als hinreichend wahrscheinlich anzusehen, auch wenn der Inanspruchnahme ein strukturiertes Verfahren (Hinwirken auf eine Vereinbarung, förmliche Feststellung des Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, Anhörung der betroffenen Ärzte) vorgeschaltet gewesen sei. Der BFH konnte jedoch nicht abschließend entscheiden, weil das Finanzgericht auf der Grundlage seiner abweichenden Rechtsauffassung nicht geprüft hatte, ob die im Streitfall zu bildende Rückstellung der Höhe nach zutreffend bemessen war. Die Prüfung ist im zweiten Rechtsgang nachzuholen.

Quelle: PM BFH

Zu steuerfreien Heilbehandlungen eines Arztes bei Teilnahme an Studien von Pharmaunternehmen

Das Finanzgericht (FG) Berlin-Brandenburg wies die Klage einer medizinisch-diagnostischen Gemeinschaftspraxis ab, die geltend gemacht hatte, dass Zahlungen, die sie von Pharmafirmen für die Teilnahme an zwei Studien erhalten hatte, als Entgelt für eine nach § 4 Nr. 14 des Umsatzsteuergesetzes umsatzsteuerfreie Heilbehandlung der behandelten Patienten anzusehen seien.

Das FG führte zur Begründung aus, die Teilnahme an Studien im Auftrag von Pharmaunternehmen könne zwar eine Heilbehandlung sein, wenn sie therapeutischen Zwecken diene. Im Streitfall seien jedoch nach dem eigenen Vorbringen der Klägerin entsprechende Studienarztvereinbarungen nicht mehr vorlegbar. Aus der einzigen vorgelegten Studienarztvereinbarung sei eine Nutzung für Therapiezwecke nicht einmal ansatzweise zu ersehen. Auch die selbst vorgebrachte fehlende Abrechnung gegenüber den Krankenkassen spreche gegen eine (Mit-)Benutzung der Studienergebnisse für therapeutische Zwecke.

HSP STEUER® DE OSTBRANDENBURG

HSP STEUER Ziegenhagen Kietzer Berlik
PartGmbH Steuerberatungsgesellschaft

Schloss Diedersdorf
15306 Vierlinden OT Diedersdorf

Tel.: +49(0)3346-8555-0
Fax: +49(0)3346-8555-55
E-Mail: ostbrandenburg@hsp-steuer.de
Website: www.hsp-steuer.de/ostbrandenburg

Dipl.-Kfm. Elmar Ziegenhagen ist auch
Fachberater für den Heilberufsbereich
(IFU/ISMg GmbH) und
Fachberater Gesundheitswesen
(IBG/HS Bremerhaven)

INHALTSVERZEICHNIS

STEUERN UND RECHT

Ärzte dürfen für Honorarrückforderungen der Krankenkassen Rückstellungen bilden | Seite 1
Zu steuerfreien Heilbehandlungen eines Arztes bei Teilnahme an Studien von Pharmaunternehmen | Seite 1 - 2

HONORAR UND UMSATZ

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) darf kürzen, wenn der Zahnarzt PAR-Gutachten nicht beachtet | Seite 2
Seit 1. Juli: Vorname und Telefonnummer aufs Rezept | Seite 2

GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Erste Lesung des Bundestages zum Krankenhausstrukturgesetz | Seite 2 - 3
Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung | Seite 3 - 4
Gleichbehandlung und Gleichwertigkeit von Gutachten zur Pflegebedürftigkeit in der sozialen und privaten Pflegeversicherung | Seite 4

PRAXISFÜHRUNG

Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen wird verstärkt | Seite 2 - 3

FINANZEN

Apotheken sind nach GoBD verpflichtet zur Einzelaufzeichnung von Kassenumsätzen | Seite 3 - 4

WICHTIGER HINWEIS

Gesetze und Rechtsprechung ändern sich fortlaufend. Nutzen Sie deshalb unsere Briefe zur Information. Bitte denken Sie aber daran, dass Sie vor Ihren Entscheidungen grundsätzlich unsere Beratung in Anspruch nehmen, weil wir sonst keine Verantwortung übernehmen können.

3. Quartal 2015

Der Bundesfinanzhof bestätigte im Wesentlichen das Urteil des Finanzgerichts und wies in seiner Begründung darauf hin, dass die Beantwortung der Frage, ob die Leistung therapeutischen oder anderen Zwecken dient, von den Umständen des Einzelfalles abhängt, zu der der Steuerpflichtige, der sich auf die Steuerbefreiung berufe, die volle Beweislast trage.

Empfehlung: Wenn im Einzelfall der therapeutische Zweck nicht einwandfrei beweisbar ist, sollte mit den Pharmaunternehmen ein Honorar zuzüglich Mehrwertsteuer vereinbart werden.

Quelle: Urteil BFH XI B 49/14

HONORAR UND UMSATZ

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) darf kürzen, wenn der Zahnarzt PAR-Gutachten nicht beachtet



Rechnet ein Zahnarzt trotz einer ablehnenden Stellungnahme des PAR-Gutachters die betreffenden konservierend-chirurgischen Leistungen ab, so ist eine Honorarkürzung vorgezeichnet. Das verdeutlicht ein aktuelles Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Thüringen vom 23. April 2015 (Az. L 11 KA 1605/11, Abruf-Nr. 144897), laut dem bei einem Zahnarzt die Honorarkürzung nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung durch die KZV zu Recht erfolgte.

Quelle: IWW

Seit 1. Juli: Vorname und Telefonnummer aufs Rezept

Seit dem 1. Juli 2015 müssen Praxen auf Verordnungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten im Stempel der Praxis die Telefonnummer angeben. Auch der Vorname des verschreibenden Arztes muss aufgeführt sein. Dies resultiert aus einer Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) und der Medizinprodukte-Abgabeverordnung.

In den Praxisverwaltungssystemen können die Einstellungen für den Aufdruck des Arztstempels auf das Rezept in der Regel durch den Anwender konfiguriert werden. Wenn das nicht funktioniert, sollten die Praxen den Hersteller ihres Praxisverwaltungssystems fragen. Handschriftliche Ergänzungen durch die Praxis sind möglich. Der Vorname muss ausgeschrieben und darf nicht abgekürzt werden. Ergänzungen müssen jedoch unterschrieben werden, eine Parapher reicht dabei nicht aus.

Auf die Änderung weisen besonders die Apotheken hin. Sie fürchten, von Krankenkassen retaxiert zu werden, wenn die Rezepte nicht vollständig ausgestellt sind.

Quelle: KV Nordrhein

GESUNDHEITSPOLITIK UND RECHT

Erste Lesung des Bundestages zum Krankenhausstrukturgesetz

Der Deutsche Bundestag hat am 2. Juli 2015 in erster Lesung den Gesetzentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) beraten. Patientinnen und Patienten sollen sich nach dem Willen der Gesundheitspolitik zukünftig auf eine qualitativ hochwertige und gut erreichbare Versorgung im Krankenhaus verlassen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz soll sich nach Aussagen von Gesundheitsminister Hermann Gröhe die Finanzierung der Krankenhäuser deutlich verbessern. Gute Versorgung und gute Pflege im Krankenhaus können nur

PRAXISFÜHRUNG

Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen wird verstärkt

Die Bundesregierung hat am 29. Juli den vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen beschlossen. Der im Gesetzentwurf geregelte Staffatbestand kommt der großen Mehrheit der ehrlich arbeitenden Ärzte, Apotheker und sonstigen Heilberufsausübenden zugute.

Der Große Senat des Bundesgerichtshofs hatte im Jahr 2012 entschieden, dass die geltenden Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuches für niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Ärzte grundsätzlich nicht anwendbar sind, da sie bei der Wahrnehmung der ihnen in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben weder als Amtsträger noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen handeln.

Der vorliegende Gesetzentwurf soll die durch den Bundesgerichtshof deutlich aufgezeigte Lücke schließen. Kernstück des Gesetzentwurfs ist die Einführung der Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen. Die Straftatbestände erfassen Verhaltensweisen, bei denen Vorteile dafür erfolgen, dass ein Angehöriger eines Heilberufs bei bestimmten heilberuflichen Entscheidungen einen anderen im Wettbewerb unlauter bevorzugt oder seine berufsrechtliche Pflicht zur heilberuflichen Unabhängigkeit verletzt. Bestechungsgelder, die für die Beeinflussung des Ordnungsverhaltens von Ärzten oder für die Zuführung von Patienten erfolgen, sollen künftig strafbar sein.

Die Straftatbestände erfassen alle Heilberufsgruppen, die für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordern. Sie unterscheiden insbesondere nicht zwischen der privatärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung.

Die Straftatbestände dienen der Sicherung eines fairen Wettbewerbs im Gesundheitswesen und sie kommen damit der ganz großen Mehrheit der ehrlich arbeitenden und Korruptionsrisiken vermeidenden Ärzte, Apotheker und sonstigen Heilberufsausübenden zugute. Ferner dienen sie dem Schutz des Vertrauens der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen.

Außerhalb des Strafrechts enthält der Gesetzentwurf Regelungsvorschläge zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, durch die insbesondere ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen unter Einbeziehung der Staatsanwaltschaften etabliert werden soll.

3. Quartal 2015

gelingen, wenn Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger nicht dauerhaft überlastet sind. Deshalb plant die Bundesregierung als Sofortmaßnahme einen Etat von 660 Millionen EUR für mehr als 6.300 neue Pflegestellen in den Krankenhäusern. Außerdem soll eine Expertenkommission prüfen, ob im Rahmen der Fallpauschalen oder über mögliche Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden.

Das Gesetz zielt insgesamt darauf ab, die Qualität der Krankenhausversorgung zu stärken und die Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser zu verbessern. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates und soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten.

Die ausführliche Erläuterung finden Sie unter diesem Link: <http://tinyurl.com/p2vmc7e>

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat am 10. Juli 2015 im Bundesrat die letzte parlamentarische Hürde genommen und ist am 23. Juli 2015 in seinen wesentlichen Teilen in Kraft getreten. Das Gesetz zielt darauf ab, die medizinische Versorgung von Patienten in Zukunft sicherzustellen.

Die Regelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes im Einzelnen:

- Das Gesetz gibt den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten, stärkere Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten zu setzen. Dazu wird die Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung erleichtert und die Fördermöglichkeiten werden erweitert.
- Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren weiterentwickelt. Kommunen können durch Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums insbesondere in ländlichen Regionen aktiv die Versorgung mitgestalten.
- Ärzte sollen dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. Künftig soll eine Praxis in einem übersorgten Gebiet nur dann nachbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung der Patienten auch sinnvoll ist. Diese Einzelfallentscheidung treffen Ärzte und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort.
- Um die hausärztliche Versorgung nachhaltig zu stärken, wird die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.500 erhöht. Weiterzubildende in der ambulanten Versorgung sollen die gleiche Vergütung wie ein Assistenzarzt im Krankenhaus erhalten.
- Bei der ärztlichen Vergütung wird die Versorgungsorientierung gestärkt, z. B. durch die Sicherstellung zeitnaher Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen und den Abbau unbegründeter Nachteile in den Gesamtvergütungen sowie durch Transparenz der Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung. Zudem sollen die Leistungen von Hochschulambulanz angemessen vergütet werden.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Sie sollen Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt vermitteln. Um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.
- Das Krankenhaus-Entlassmanagement wird verbessert und strukturierte Behandlungsprogramme werden ausgebaut.
- Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden.
- Bei bestimmten mengenanfälligen, planbaren Eingriffen erhalten Versicherte einen Anspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung.
- Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten Versicherte mehr Wahlrechte.
- Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention.
- Versicherte erhalten einen Anspruch auf Krankengeld schon von dem Tag an, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist.
- Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. EUR jährlich – zunächst in den Jahren 2016 bis



Was ist künftig konkret strafbar, was bisher straffrei ist?

In dem Fall, der der Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofes aus dem 2012 zugrunde lag, ging es zum Beispiel um Prämienzahlungen einer Pharmareferentin an Vertragsärzte, um diese zur bevorzugten Verordnung bestimmter Präparate zu veranlassen. Die Prämienzahlungen wurden von den Beteiligten als angebliches Honorar für fiktive wissenschaftliche Vorträge ausgewiesen.

Solche Fälle sind strafwürdig, da Patienten sich nicht darauf verlassen können, dass die Verordnungsentscheidung tatsächlich auf medizinischen Erwägungen beruht. Sie beeinträchtigen auch den Wettbewerb und benachteiligen diejenigen, die sich nicht auf solche Vereinbarungen einlassen. Solche Fälle werden künftig nicht mehr straflos bleiben.

Quelle: BMJ.de

FINANZEN

Apotheken sind nach GoBD verpflichtet zur Einzelaufzeichnung von Kassenumsätze

Mit einem aktuellen Urteil (X R 42/13) hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden, dass Einzelhändler nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung verpflichtet sind, im Rahmen der Zumutbarkeit sämtliche Geschäftsvorfälle einschließlich der über die Kasse bar vereinnahmten Umsätze einzeln aufzuzeichnen.

Wird dabei eine PC-Kasse verwendet, die detaillierte Informationen zu den einzelnen Barverkäufen aufzeichnet und diese dauerhaft speichert, sind die damit bewirkten Einzelaufzeichnungen auch zumutbar. Die Finanzverwaltung kann dann im Rahmen einer Außenprüfung auf die Kasseneinzeldaten zugreifen.

Im Streitfall verwendete eine Apotheke ein speziell für Apotheken entwickeltes PC-gestütztes Erlöserfassungssystem mit integrierter Warenwirtschaftsverwaltung. Ihre Tageseinnahmen wurden über modulare PC-Registrierkassen erfasst, dann durch Tagesendsummenbons ausgewertet und als Summe in ein manuell geführtes Kassensbuch eingetragen.

3. Quartal 2015

2019 – eingerichtet.

- Kranken- und Pflegekassen sollen künftig auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen verzichten. Das kann dazu beitragen, die Versicherungsprämien langfristig zu stabilisieren und den Versicherungsmarkt zu beleben, und hilft damit, eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe dauerhaft sicherzustellen.
- Im Medizinproduktebereich wird für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewendet werden, ein systematisches Verfahren zur Methodenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Krankenhäuser, die eine solche neue Methode erbringen wollen, werden zur Teilnahme an Erprobungsstudien verpflichtet.
- Im Arznei- und Heilmittelbereich werden die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterentwickelt und regionalisiert. Die Höhe des Apothekenabschlags wird gesetzlich festgelegt. Zudem werden Regelungen angepasst, um fehlerhafte Verschreibungen zu vermeiden und Retaxationen zu verringern.

Den Wortlaut des Gesetzes finden Sie im Bundesgesetzblatt.

Quelle: BMG PM

Gleichbehandlung und Gleichwertigkeit von Gutachten zur Pflegebedürftigkeit in der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Private und soziale Pflegeversicherung folgen übereinstimmenden Grundsätzen: jeder Einwohner ist pflichtversichert, die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung, die Leistungen stimmen überein und für gerichtliche Streitigkeiten sind die Sozialgerichte zuständig. Auch die Begutachtung als Grundlage für die Einstufung der Betroffenen in eine der drei Pflegestufen muss nach dem Willen des Gesetzgebers nach übereinstimmenden Maßstäben erfolgen.

Einen zentralen Unterschied hatte die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bisher akzeptiert: die von Ärzten oder Pflegekräften des Dienstleisters "MedicProof" der privaten Krankenversicherung eingeholten Gutachten waren auch für die Sozialgerichte verbindlich, solange sie nicht "offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen". Ein Sozialgericht durfte deshalb im Prozess eines Pflegebedürftigen gegen dessen privates Versicherungsunternehmen nur dann den Sachverhalt durch die Einholung eines gerichtlichen Gutachtens selbst aufklären, wenn das Gutachten der privaten Krankenversicherung erkennbar unzutreffend ist. Diese Abweichung von der Rechtslage bei der sozialen Pflegeversicherung hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts mit einem Urteil vom 22. April 2015 beendet.

Nach § 23 SGB XI müssen die Leistungen in der privaten Pflegeversicherung denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit gelten dieselben Maßstäbe. Mit diesem Gleichbehandlungsgebot ist es nicht vereinbar, wenn Gutachten eines privaten Versicherungsunternehmens im sozialgerichtlichen Verfahren generell Bindungswirkung haben, also die Sachaufklärung des Gerichts auf Fälle grob unzutreffender Feststellungen beschränkt ist. Die gesetzliche Grundlage dieser Verbindlichkeitsanordnung in § 84 Abs. 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz, die für alle Arten der Schadensversicherung gilt, erfasst die private Pflegeversicherung nicht. An seiner abweichenden Rechtsprechung aus den Jahren 2001 und 2004 hält der Senat nicht mehr fest.

"Dieselben Maßstäbe" im Sinne des § 23 Abs. 6 SGB XI müssen auch für die Ausgestaltung des gerichtlichen Rechtsschutzes in der Pflegeversicherung bestimmen; die Bindung der Sozialgerichte an "nur" falsche, aber nicht "offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichende" Gutachten ist wegen der starken Einbindung in die gesetzlichen Vorgaben nach dem SGB XI mit der Garantie eines effektiven Rechtsschutzes in der Pflegeversicherung nicht vereinbar. Das gilt umso mehr, weil die "Feststellungen" der privaten Versicherungsunternehmen für die große Gruppe der privat Versicherten, die ergänzende Beihilfeleistungen nach beamtenrechtlichen Grundsätzen erhalten, faktisch auch für die Höhe der Beihilfe verbindlich sind. Die Beihilfestellen im Bund und in den Ländern schließen sich in der Regel ohne eigene Prüfung den Feststellungen der privaten Krankenversicherung an und gewähren Leistungen nach der Pflegestufe, in die die Versicherung den Betroffenen auf der Basis des Gutachtens von MedicProof einstuft.

Künftig sind im sozialgerichtlichen Verfahren Gutachten von "MedicProof" wie solche des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu behandeln.

Quelle: PM BSG und Urteil Az.: B 3 P 8/13 R

Anlässlich einer Außenprüfung verweigerte die Klägerin der Finanzbehörde den Datenzugriff auf ihre Warenverkäufe mit der Begründung, sie sei nicht zu Einzelaufzeichnungen verpflichtet.



Anders als das Finanzgericht kam der BFH zu dem Ergebnis, dass die Klägerin nach § 238 Abs. 1 Satz 1 des Handelsgesetzbuchs zur Aufzeichnung der einzelnen Geschäftsvorfälle verpflichtet war und die Kassendaten der Finanzbehörde in elektronisch verwertbarer Form überlassen musste. Die Buchführung müsse stets einen zuverlässigen Einblick in den Ablauf aller Geschäfte geben. Dritten müsse es möglich sein, den Ablauf und den Inhalt aller Geschäfte zu überprüfen. Deshalb sei es nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung erforderlich, dass verdichtete Buchungen in Einzelpositionen aufgegliedert werden könnten.

Dies gelte auch für Bargeschäfte, sofern Einzelaufzeichnungen dem Steuerpflichtigen zumutbar seien. Er könne zwar frei entscheiden, wie er seine Warenverkäufe erfasse. Entscheide er sich aber für ein Kassensystem, das sämtliche Kassenvorgänge einzeln und detailliert aufzeichne sowie diese speichere, könne er sich nicht auf die Unzumutbarkeit der Aufzeichnungsverpflichtung berufen und müsse seine Aufzeichnungen auch aufbewahren.

Nach § 147 Abs. 6 Satz 2 Alternative 2 AO habe die Finanzbehörde dann im Rahmen einer Außenprüfung das Recht, die mit Hilfe des Datenverarbeitungssystems (PC-Kasse) erstellten Daten auf einem maschinell verwertbaren Datenträger zur Prüfung anzufordern.

Quelle: PM BFH